刮痧治疗原发性帕金森病的临床观察研究

王秋琴，章雨桐，徐语晨，等. 刮痧治疗原发性帕金森病的临床观察研究[J]. 中国全科医学，2023. [Epub ahead of print]. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0904

王秋琴[1]，章雨桐[1]，徐语晨[1]，柏亚妹[1]，陈华[1]，姜荣荣[1]，严姝霞[1]，王庆[1]，徐桂华 1*，谢颖[2]，乔春[2]，杨娟[3]

基金项目：江苏省高等学校自然科学研究面上项目（19KJB360014）；世界中医药学会联合会护理专业委员会开放课题（SZLHLA-1906）；南京中医药大学“江苏高校护理学优势学科建设工程资助项目”（2019YSHL016）
1.南京中医药大学护理学院，江苏 南京 210023 中国；2.南京市中医院，江苏 南京 210001 中国；3.江苏省人民医院，江苏 南京 210029 中国
*通讯作者：徐桂华，教授，Email：guihua.xu@njucm.edu.cn

【摘要】 背景 刮痧是应用最广泛的中医非药物疗法之一，具有安全、有效、易推广的特点，在神经系统疾病治疗中具有独特优势。帕金森病（Parkinson’s disease，PD）作为最常见的神经退行性疾病之一，因药物治疗副作用明显，且长期使用疗效降低，使其成为全球医疗难题。**目的** 观察刮痧治疗帕金森病的临床疗效。**方法** 采用目的性抽样法选取 2021 年 3 月至 2021 年 9 月在南京市中医院和江苏省人民医院门诊就诊的早、中期原发性 PD 患者 32 例，分为观察组（16 例）和对照组（16 例）。观察组采用刮痧联合西药口服治疗，对照组采用单纯西药口服治疗，治疗 3 个月后和随访 1 个月，观察统一帕金森病评定量表第三部分（MDS-UPDRS III）评分、非运动症状评分（NMSS）以及总体疗效，治疗 3 个月观察血清白介素 IL-1β、NF-κB 含量，比较两组疗效差异。**结果** 治疗 3 个月，两组患者的 MDS-UPDRS III评分、NMSS 评分均低于治疗前（均 P<0.0001），且观察组评分均低于对照组（均 P<0.01）；两组患者血清 IL-1β、NF-κB 含量均低于治疗前（均 P＜0.05），且观察组均含量低于对照组（均 P＜0.05）；观察组总有效率为 87.50%（14 例治疗有效病例中，显效和临床控制病例共 12 例，占 85.71%），对照组总有效率为 62.50%（10 例有效病例中，显效和临床控制病例数为 0），两组疗效比较，差异有统计学意义（P<0.001）。随访 1 个月，两组患者 MDS-UPDRS III评分、NMSS 评分均比治疗前低（均 P<0.0001），观察组均低于对照组（均 P<0.05）；两组总有效率均为 87.50%，观察组 14 例有效病例中，显效和临床控制病例共 12 例，占 85.71%，对照组显效和临床控制病例数为 0，两组疗效比较，差异有统计学意义（P<0.01）。与治疗 3 个月相比，随访 1 个月时，对照组 MDS-UPDRS III评分下降（P<0.05），观察组评分变化无统计学意义（P＞0.05）；观察组患者 NMSS 评分升高（P<0.05），对照组评分变化差异无统计学意义（P＞0.05）。**结论** 刮痧治疗早、中期原发性 PD 安全可行，能够改善 PD 患者的部分运动功能障碍，减轻非运动症状，可显著提高临床疗效，其远期疗效有待开展大样本、多中心的研究进一步探索。
【关键词】刮痧；帕金森病；临床观察

Clinical Observation on Gua Sha for Primary Parkinson's Disease

WANG Qiu-qin[1], Zhang Yu-tong[1], Xu Yu-chen[1], Bai Ya-mei[1], CHEN Hua[1], JIANG Rong-rong[1], YAN Shu-xia[1], WANG Qing[1], XU Gui-hua[1*], Xie Ying[2], Qiao Chun[2], Yang Juan[1]

1. School of nursing, Nanjing University of Chinese medicine, Nanjing 210023, Jiangsu Province, China

2. Nanjing Hospital of Chinese medicine, Nanjing 210001, Jiangsu Province, China

3. Jiangsu Province Hospital, Nanjing 210029, Jiangsu Province, China

** Corresponding author: Professor Xu Guihua, Email: guihua.xu@njucm.edu.cn*

【Abstract】 Background Gua Sha is one of the most widely used traditional Chinese medicine (TCM) non-drug therapies, which is safe, effective and easy to promote and has unique advantages in the treatment of nervous system diseases. Parkinson's disease (PD), one of the most common neurodegenerative diseases, has become a global medical problem due to the obvious side effects of drug treatment and the reduced efficacy of long-term use. **Objective** To explore the clinical effect of Gua Sha on PD. **Methods** 32 patients with primary PD in the early and middle stages were selected by purposive sampling from March 2021 to September 2021 in an outpatient clinic of Nanjing Hospital of Chinese medicine and Jiangsu Province Hospital, and were divided into observation group (16 cases) and control group (16 cases). The observation group was treated with Gua Sha combined with oral western medicine, while the control group was treated with oral western medicine alone. After 3 months of treatment and 1 month of follow-up, the scores of the third part of the unified Parkinson's disease rating scale (MDS-UPDRS III), the non motor symptom score (NMSS) and the overall efficacy were observed. The contents of serum interleukin IL-1β and NF- κB were observed after 3 months of treatment, and the difference between the two groups was compared. **Results** After 3 months of treatment, the scores of MDS-UPDRS III and NMSS in both groups were lower than those before treatment (all $P<0.0001$), and the scores in the observation group were lower than those in the control group (all $P<0.01$); The contents of serum IL-1β and NF- κB of two groups were lower than that before treatment (all $P<0.05$), and the contents of the observation group were lower than that in the control group (all $P<0.05$); The total effective rate in the observation group was 87.50% (12 of the 14 effective cases were effective and clinically controlled, accounting for 85.71%), and the total effective rate of the control group was 62.50% (0 of the 10 effective cases were effective and clinically controlled). The difference of the curative effect between the two groups was statistically significant ($P<0.001$). After 1-month follow-up, the scores of MDS-UPDRS III and NMSS in both groups were lower than those before treatment (all $P<0.0001$), and those in the observation group were lower than the control group (all $P<0.05$); The total effective rate of the two groups was 87.50%. 12 cases of the 14 effective cases in the observation group were significantly effective and clinically controlled, accounting for 85.71%. The number of markedly effective and clinically controlled cases in the control group was 0. The difference between the two groups was statistically significant ($P<0.01$). Compared with 3 months of treatment, the MDS-UPDRS III score of the control group decreased at 1-month follow-up ($P<0.05$), while the score change in the observation group was not statistically significant ($P>0.05$); The NMSS score of the patients in the observation group increased ($P<0.05$), but there was no significant difference in the change of the score in the control group ($P>0.05$). **Conclusions** Gua Sha is safe and feasible for the treatment of primary PD in the early and middle stages,

which can improve some motor dysfunction of PD patients, reduce non motor symptoms, and significantly improve the clinical efficacy. Its long-term efficacy needs to be further explored by large sample and multi center research.
【**Key Words**】 Gua Sha；Parkinson’s disease；Clinical observation

帕金森病（Parkinson’s disease，PD）是仅次于阿尔兹海默症的第二大神经退行性疾病，其发病率随年龄增长而增加，死亡率逐年上升[1-2]。患者主要表现为静止性震颤、运动迟缓、肌强直和姿势平衡障碍等异常运动以及睡眠障碍、情绪障碍、便秘、疼痛等非运动症状，导致渐进性残疾和生活质量下降[3-4]，给个人、家庭和社会带来沉重负担。PD 的确切病因和发病机制尚不完全明确，现阶段以对症治疗为主，作为首选和主要手段的西药治疗存在明显的副作用，且长期使用疗效降低[5]；脑深部电刺激治疗靶点的选择具有复杂性，近期疗效有限，远期疗效差异大[6]；有氧和阻力训练等运动治疗作为补充治疗手段，受到患者病情分期、依从性等多因素影响，疗效有待进一步观察[7]，上述瓶颈问题使得 PD 成为全球医疗难题。因此，寻找新的治疗手段，提高患者生存质量，具有重要意义。

PD 属于中医学“颤证”范畴，以肝肾亏虚，髓海失充，风、痰、热、瘀互结，筋脉失和为基本病机，治疗宜补肾填精，柔肝舒筋，祛风止颤[8]。近年来，中医药在 PD 治疗中发挥着重要作用。刮痧是在中医经络腧穴理论指导下，用刮痧器具在体表进行相应手法刮拭以疏通经络，行气活血，以通为补，从而防治疾病的方法，是应用最广泛的中医非药物疗法之一，特别在肌肉骨骼系统和神经系统疾病治疗中具有独特优势[9]。本团队基于长期刮痧实践与研究，采用刮痧法治疗早、中期原发性 PD 患者，观察了刮痧后患者临床症状的改善情况，以及血清炎症因子的变化，取得了比较满意的疗效，现汇报总结如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象　本研究为前瞻性、非随机对照试验，采用目的性抽样法，选取 2021 年 3 月至 2021 年 9 月在南京市中医院和江苏省人民医院 PD 门诊诊治的 16 例早、中期原发性 PD 患者为观察组研究对象，按照性别、年龄、病程及 Hoehn-Yahr 分期相匹配的原则，选择 16 例 PD 患者作为对照组，分别采用单纯西药治疗、刮痧联合西药治疗，治疗 4 周为 1 个疗程，两组均观察 3 个疗程，随访 1 个月。本研究已通过南京市中医院伦理委员会批准（批件号：KY2021082），所有患者均知情同意，亲自或由家属签署知情同意书。

1.1.1 纳入和排除标准　纳入标准：（1）根据英国帕金森病协会脑库制定的原发性 PD 诊断标准[10]和《中国帕金森病的诊断标准（2016 版）》[11]，确诊为原发性 PD；（2）Hoehn-Yahr 分期[12]≤2.5 期；（3）年龄 50～85 岁；（4）病程≥1 年；（5）单纯 PD 西药治疗，剂量稳定时间≥30 天；（6）自愿参加并知情同意；（7）依从性好，配合随访。排除标准：（1）有出血倾向的疾病、传染性皮肤病、过饥过饱、过于消瘦、过度疲劳等属于刮痧禁忌证者；（2）已进行脑深部电刺激术者；（3）合并严重脑、心、肝、肾、肺、造血系统疾病，恶性肿瘤，精神障碍者；（4）正在参加或此前 30 天内参与过其他临床试验者。

1.1.2 PD 中医辨证标准　1992 年中华全国中医学会老年医学会发布《中医老年颤证诊断和疗效评定标准》[13]，将 PD 患者的中医证型分为痰热风动证、血瘀动风证、气血两虚证、肝肾不足证、阴阳两虚证。本研究中，由 2 名 PD 专科门诊的中医医师参照上述标准进行辨证，纳入痰热风动证、血瘀动风证、肝肾不足证、阴阳两虚证共四种证型，根据辨证结果选经取穴进行刮痧。

1.1.3 样本量估算　以 2019 年预试验结果作为估算参数，以帕金森病评定量表第三部分（Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease rating scale, MDS-UPDRS III）评分为主要结局指标，统计两组治疗前后差值，观察组为 12.40±6.328，对照组为 6.50±2.121，两组均值差 δ=5.9，标准差 σ=4.719，按照观察组和对照组 1:1 的比例纳入，设置显著性检验水平 α=0.05，检验效能 1-β=0.9，采用两独立样本 t 检验方法进行样本量估算，计算公式为 $N=\frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2}+Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$，估算结果为每组 14 例，考虑失访率 10%，则每组 N1=N2≈16，获得总样本量共 32 例。

1.2 研究方法

1.2.1 单纯西药治疗　根据病情给予对照组患者单纯西药治疗，每位患者口服药物≤3 种，药物包括多巴丝肼片（美多芭，规格为 250mg/片，每日最大剂量为 750mg）、盐酸普拉克索片（森福罗，规格为 0.25mg/片，每日最大剂量为 1.5mg）、盐酸司来吉兰片（咪多吡，规格为 5mg/片，每日最大剂量为 10mg）、甲磺酸雷沙吉兰片（安齐来，规格为 1mg/片，每日最大剂量为 1mg）、盐酸金刚烷胺片（规格为 0.1g/片，每日最大剂量为 400mg）。治疗 4 周为 1 个疗程，持续观察 4 个疗程。

1.2.1 刮痧治疗　根据病情及中医辨证结果，给予观察组患者刮痧联合西药治疗。西药治疗要求同对照组，刮痧治疗方案如下。

1.2.1.1 刮痧工具　铜砭刮痧板，刮痧油（全息绿洲润肤油，80ml/瓶）

1.2.1.2 刮拭部位　①全头部，重点刮拭百会、四神聪、风池、风府穴、舞蹈震颤控制区；②颈部，督脉从风府至大椎穴，两侧夹脊穴，外侧风池穴至肩峰，重点刮拭大椎、肩井穴；③督脉背部循行线（从大椎穴至腰俞穴），足太阳膀胱经背部循行线（从大杼穴至下髎穴，附分穴至秩边穴），重点刮拭肾俞、肝俞、夹脊穴；④辨证刮拭：痰热风动证加刮脾经、胃经、肝经小腿部循行线，重点刮拭太冲、内庭、丰隆穴；血瘀动风证加刮脾经、肝经小腿部循行线，点刮太冲、血海穴；肝肾不足证，加刮肝经、肾经小腿部循行线，点刮太冲、三阴交、太溪穴；阴阳两虚证，加刮肾经、肝经、脾经小腿部循行线，点刮太溪、太冲、太白、三阴交、命门穴。

1.2.1.3 操作方法　①体位与准备：取坐位，刮拭头部、颈部和小腿部；取俯卧位，刮拭背部；除头部外，其余部位均需涂抹刮痧油；嘱患者排空小便；②刮拭角度：刮痧板与皮肤呈 45°角；③刮拭手法：以均匀、柔和、渗透为原则，头部、督脉背部循行线采用平补平泻法（即力度与速度中等）刮拭，痰热风动证、血瘀动风证采用泻法刮拭（即力度重，速度快），肝肾不足证、阴阳两虚证采用补法刮拭（即力度轻，速度慢）；特别不能耐受疼痛者以补法刮拭；④刮拭方向：头部从前向后，颈部、背部、小腿部均是从上向下，先中间，后两边，先阳经后阴经，小腿部刮至脚趾末端；⑤刮拭长度：每次移动长度约 5cm；⑥刮拭程度：头部刮拭以患者自觉头皮有微热感为度，补法刮拭以皮肤潮红为度，泻法刮拭以刮透为度（即局部皮肤出现痧斑、痧点且不再出新痧）；⑦刮拭时间与疗程：每周刮痧 1 次，每次 1h～1.5h，4 周为 1 个疗程，观察 3 个疗程，3 个疗程后停止刮痧，单纯西药治疗，1 个月后随访。

1.2.1.4 注意事项　①保持环境温度 28℃，保护隐私，备好食物和水，防止刮痧过程中饥渴；②刮痧时密切观察患者反应，做好沟通交流，适时调整刮痧角度、力度和速度，以患者能耐受为度，防止晕刮；③刮痧结束让患者饮一杯温红糖水，休息 20min 再离开操作室；④刮痧后注意避风，3h 内勿洗头、沐浴、食生冷之品。

1.3 观察指标

1.3.1 国际帕金森和运动障碍协会统一帕金森病评定量表第三部分（MDS-UPDRS III）[14]评分：用于评估 PD 患者的运动功能，共 33 项，采用五级评分（0=正常，1 级=轻微，2 级=轻度，3 级=中度，4 级=重度），总计 132 分，得分越高，提示患者运动功能障碍越严重。治疗前、治疗 3 个月、随访 1 个月进行评分，每次测评均在患者服药后的“开”期进行。

1.3.2 非运动症状量表（Non-motor Symptoms Scale, NMSS）[15]评分：用于评估 PD 患者非运动症状的严重程度及频率，该量表共 9 个维度，30 个条目，每项得分按照严重程度（0～3 分）乘以频率（1～4 分），各项得分之和为总得分。评价标准为：总分=0，为无非运动症状；1～20 分为轻度；21～40 分为中度；41～70 分为重度；≥71 分为极重度。治疗前、治疗 3 个月、随访 1 个月进行评分。

1.3.3 血清白介素 1-beta（interleukin 1-beta，IL-1β）、核转录因子 kappa B（nuclear transcription factor kappa B，NF-κB）含量：治疗前、治疗 3 个月（观察组第 12 次刮痧后即刻），分别采集患者 1ml 空腹静脉血液，室温下静置 30min 后，离心 10min（转速 3000r/min），取血清用酶联免疫吸附法检测 IL-1β、IL-6、TNF-α、NF-κB 含量。试剂盒厂家为上海赛默飞生物科技有限公司。

1.3.4 治疗前后疗效评定：参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》[16]以及《中医老年颤证诊断和疗效判定标准》[13]，以 MDS-UPDRS III评分作为疗效指标，拟定如下：（治疗前评分 -治疗后评分）/治疗前评分×100%，≥70%为临床控制（即运动症状基本消失）；50%～69%为显效（即运动症状明显改善，不影响日常生活）；25%～49%为有效（即运动症状略有好转）；<25%为无效（即运动症状无明显改善）。

1.4 质量控制 ①参照《经穴名称与定位》[17]中的穴位定位标准进行取穴。②两名具有中医护理教育背景且长期从事刮痧教学与研究者经 PD 刮痧方案统一培训，考核合格后专门负责刮痧。③每次刮痧均在中医护理门诊操作室完成，刮痧时间为上午 8:00～11:30，下午 2:00～4:30，避免空腹或接近用餐时间。④操作室负责人全程监督，定期抽查操作规范性。

1.5 统计学方法 采用软件 SPSS 23.0 进行统计分析。计数资料以例数 n 描述，组间比较采用χ^2检验或 Fisher 确切检验。服从正态分布的计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）描述，组间比较采用两独立样本 t 检验，组内前后比较采用配对 t 检验；不服从正态分布的计量资料以 M（Q_1，Q_3）描述，组间比较采用 Mann-Whitney U 检验，组内前后比较用配对设计的 Wilcoxon 符号秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 观察组和对照组患者年龄、性别、文化程度、H-Y 分期、服药情况、中医证候、就诊医院等基线资料比较，差异均不具有统计学意义（均 $P>0.05$），基线具有可比性，见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较[*N*=32，n（%）]

Table 1 Comparison of baseline data of two groups of patients[*N*=32，n（%）]

项 目	观察组（*n*=16）	对照组（*n*=16）	$t/Z/\chi^2$	*P* 值
年龄（岁）	64.81±9.34	66.06±7.41	-0.419	0.678
性别			-	1.000[a]
男	9（56.25）	8（50.00）		
女	7（43.75）	8（50.00）		
文化程度			1.528	0.851[a]

小学及以下	1（6.25）	0（0.00）		
中学或中专	8（50.00）	10（62.50）		
大专或本科	6（37.50）	5（31.25）		
研究生及以上	1（6.25）	1（6.25）		
Hoehn-Yahr 分期［级，M（Q_1，Q_3）］	1.50（1.50，1.50）	1.50（1.50，2.00）	-0.871	0.384
服药情况			1.223	1.000 [a]
美多芭	4（25.00）	3（18.75）		
美多芭+森福罗	7（43.75）	8（50.00）		
美多芭+咪多吡	2（12.50）	1（6.25）		
美多芭+安齐来	1（6.25）	2（12.50）		
美多芭+森福罗+金刚烷	2（12.50）	2（12.50）		
中医证候			1.456	0.751 [a]
痰热风动证	8（50.00）	8（50.00）		
血瘀动风证	4（25.00）	2（12.50）		
肝肾不足证	2（13.50）	4（25.00）		
阴阳两虚证	2（12.50）	2（12.50）		
就诊医院			-	1.000 [a]
中医院	7（43.75）	8（50.00）		
西医院	9（56.25）	8（50.00）		

注：a：统计值为 Fisher 检验值

2.2 治疗前后两组患者 MDS-UPDRS III评分比较　治疗 3 个月，两组患者 MDS-UPDRS III评分均比治疗前低（观察组 t=7.022，P<0.0001，对照组 t=6.823，P<0.0001），观察组评分比对照组低（t=-3.123，P=0.004）；随访 1 个月，两组患者评分均比治疗前低（观察组 t=6.675，P<0.0001，对照组 t=7.042，P<0.0001），观察组低于对照组（t=-2.117，P=0.043）；与治疗 3 个月相比，随访 1 个月对照组评分下降（Z=-2.969，P=0.003），观察组评分变化无统计学意义（t=-1.815，P=0.089），见表 2。

表 2 治疗前后两组患者 MDS-UPDRS III评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

Table 2 Comparison of MDS-UPDRS III scores between the two groups before and after treatment (score, $\bar{x}\pm s$)

组　别	治疗前	治疗 3 个月	随访 1 个月
观察组（n=16）	25.81±11.101	11.06±4.074 [a]	11.50±3.847 [a]
对照组（n=16）	23.06±9.291	16.75±6.039 [a]	14.88±5.084 [ab]
t 值	0.760	-3.123	-2.117
P 值	0.453	0.004	0.043

注：a：与本组治疗前相比，P<0.0001；b：与本组治疗 3 个月相比，P<0.01。

2.3 治疗前后两组患者 NMSS 评分比较　治疗 3 个月，两组患者 NMSS 评分均比治疗前低（观察组 t=6.426，P<0.0001，对照组 t=6.601，P<0.0001），观察组评分低于对照组（t=-4.398，P<0.0001）；随访 1 个月，两组患者评分均低于治疗前（观察组 t=5.780，P<0.0001，对照组 t=4.923，P<0.0001），观察组评分低于对照组（t=-4.439，P<0.0001）；与治疗 3 个月相比，随访 1 个月观察组患者评分升高（Z=-2.635，P=0.008），对照组评分变化差异无统计学意义（Z=-1.537，P=0.124），见表 3。

表 3 治疗前后两组患者 NMSS 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

Table 3 Comparison of NMSS scores between the two groups before and after treatment (score, $\bar{x}\pm s$)

组　别	治疗前	治疗 3 个月	随访 1 个月
观察组（n=16）	46.75±27.302	6.88±3.594 [a]	8.75±2.145 [ab]
对照组（n=16）	39.13±25.092	30.50±21.185 [a]	31.81±20.670 [a]
t 值	0.823	-4.398	-4.439
P 值	0.417	<0.0001	<0.0001

注：a：与本组治疗前相比，P<0.0001；b：与本组治疗 3 个月相比，P<0.01。

2.4 治疗前后两组患者血清 IL-1β 含量比较　治疗前，两组患者的血清 IL-1β 含量无统计学差异（P＞0.05）。与治疗前相比，治疗 3 个月，两组患者血清 IL-1β 含量均显著降低（均 P＜0.05）；观察组含量低于对照组，差异具有统计学意义（P＜0.05）。见表 4。

表 4 治疗前后两组患者血清 IL-1β 含量比较［ρ/pg·ml^{-1}，M（Q_1，Q_3）］

Table 4 Serum IL-1 of the two groups before and after treatment β Content comparison[ρ/ pg·ml-1，M（Q1，Q3）]

组别	治疗前	治疗 3 个月	d 值	t 值	P 值
观察组（n=16）	82.635(70.950, 89.985)	51.295(46.908, 65.523)	27.425(19.440, 35.070)	7.475	＜0.0001
对照组（n=16）	82.760(70.745, 90.083)	70.440(65.953, 72.883)	12.145(1.050, 20.883)	4.090	0.001
t/Z 值	0.013	-3.166			
P 值	0.990	0.002			

注：治疗前两组的数据均符合正态分布（P 值分别为 0.081 和 0.092），故治疗前组间比较采用两独立样本 t 检验。治疗后对照组数据符合正态分布（P=0.758），观察组的数据不符合正态分布（P=0.003），故治疗后组间比较采用非参数检验。治疗前后的组内差值 d 均呈正态分布（P 值分别为 0.580 和 0.265），故治疗前后组内比较均采用配对 t 检验。

2.5 治疗前后两组患者血清 NF-κB 含量比较　治疗前，两组患者的血清 NF-κB 含量无统计学差异（P＞0.05）。与治疗前相比，治疗 3 个月，两组患者血清 NF-κB 含量均显著降低（均 P＜0.05）；观察组含量低于对照组，差异具有统计学意义（P＜0.05）。见表 5。

表 5 治疗前后两组患者血清 NF-κB 含量比较（ρ/pg·ml^{-1}，$\bar{x}\pm s$）

Table 5 Serum NF of the two groups before and after treatment- κ B Content comparison（ρ/pg·ml^{-1}，$\bar{x}\pm s$）

组别	治疗前	治疗 3 个月	d 值	t 值	P 值
观察组（n=16）	478.391±79.658	336.071±69.756	142.320±99.440	5.725	＜0.0001
对照组（n=16）	512.571±83.665	425.840±65.641	86.731±128.970	2.690	0.017
t 值	1.184	3.749			
P 值	0.246	0.001			

2.6 治疗前后两组患者疗效比较　有效+显效+临床控制=总有效人数，总有效率为总有效人数与本组患者总例数的比值。治疗 3 个月，观察组总有效率为 87.50%，对照组为 62.50%，随访 1 个月，两组总有效率均为 87.50%，组间比较，差异均无统计学意义（P 值分别为 0.220 和 1.000）。通过 Wilcoxon 秩和检验进一步分析发现，治疗 3 个月，观察组 14 例治疗有效病例中，显效和临床控制病例共 12 例，占 85.71%，对照组 10 例有效病例中，显效和临床控制病例数为 0，两组疗效比较，差异有统计学意义（Z=-3.651，P<0.001），

见表 6。随访 1 个月，观察组 14 例有效病例中，显效和临床控制病例共 12 例，占 85.71%，对照组显效和临床控制病例数为 0，两组疗效比较，差异有统计学意义（Z=-3.468，P=0.001），见表 7。

表 6　治疗 3 个月两组患者疗效比较（n）

Table 6 Comparison of curative effects between the two groups after 3 months of treatment（n）

组　别	无效	有效	显效	临床控制
观察组（n=16）	2	2	10	2
对照组（n=16）	6	10	0	0
Z 值		-3.651[a]		
P 值		<0.001		

注：a：统计值为 Wilcoxon 秩和检验值

表 7　随访 1 个月两组患者疗效比较（n）

Table 7 Comparison of curative effects between the two groups after 1 month follow-up（n）

组　别	无效	有效	显效	临床控制
观察组（n=16）	2	2	11	1
对照组（n=16）	2	14	0	0
Z 值		-3.468[a]		
P 值		0.001		

注：a：统计值为 Wilcoxon 秩和检验值

3 讨论

近年来，中医非药物疗法广泛用于 PD 治疗，取得了较好的效果，为临床治疗提供了新思路和新方法。刮痧作为最常用的中医非药物疗法之一，博采针灸、拔罐、按摩等之所长，研究[18-19]报道运用刮痧联合西药、按摩、针刺可改善患者的运动能力和疼痛，但缺乏服药基础上的刮痧单一治疗研究。本研究采用刮痧联合西药治疗原发性早、中期 PD，初步探索了刮痧对 PD 患者运动功能障碍、非运动症状和血清炎症因子含量的影响，旨在验证刮痧治疗 PD 安全、有效。

中医学认为，PD 属本虚标实，以肝肾亏虚、髓海失充为本，风、痰、热、瘀为标。因此，本研究针对 PD 病机，以补肾填精，柔肝舒筋，祛风止颤为原则，制定刮痧方案。“头为诸阳之会”，刮拭头部可温经通络，助阳生发，升阳止颤。百会穴位于巅顶，是督脉与足太阳膀胱经交会处，刮之可刺激督脉，推动阳气上达于脑；四神聪穴位于头顶，《太平圣惠方》指出其治“头风目眩，狂乱风痫”，故刮之可填精益髓，祛风止颤；风池穴属足少阳胆经，风府穴位于督脉与阳维脉交会处，舞蹈震颤控制区直达病所，三者可平肝潜阳，熄风解痉 [20]。大椎穴为诸阳之会，通行督脉，补刮可振奋全身阳气，促进气血运行，进而改善肢体运动功能，泻刮则可清泻诸阳经邪热，通督解痉[21]。肩井穴为手足少阳经、足阳明经和阳维脉交会穴，刮之可共调诸经，行气活血，祛风通络，缓解肩部疼痛。督脉为“阳脉之海”，统率诸阳经，又是十四经脉中唯一直接与脑相连的经脉，历代医家素有“病变在脑，首取督脉”之说，故刮拭督脉，可调畅全身气血，温阳止颤。“足太阳膀胱经主一身之表”，研究[22]表明，运用推拿手法刺激膀胱经循行部位，能够提高机体免疫功能。背俞穴是脏腑之气于腰背部输注之处，研究[23-24]表明，背俞穴与脊神经节段性分布基本

一致，针刺背俞穴可刺激神经末梢，反射性刺激交感神经中枢，从而调节内脏功能，而肝俞、肾俞穴下分布着交感神经的交通支，刺激二者可调节自主神经和肝肾功能。夹脊穴为督脉与膀胱经之会，刮之可益气升阳，研究[25]发现，电针刺激夹脊穴可加强神经体液调节，促进血液循环。《灵枢·九针十二原》曰“五脏有疾也，当取十二原”，原穴是相应脏腑原气输注、经过和留止之处，本研究中，针对肝肾不足和阴阳两虚证患者，选择肾经、肝经、脾经小腿部循行线及其原穴（太溪、太冲、太白穴）进行刮拭，可激发脏腑原气，扶正固本。《妇人大全良方》曰“医风先医血，血行风自灭”，脏腑气血调和，则能舒筋止颤。由于阴经的原穴也是五输穴中的输穴，《灵枢·九针十二原》又曰“所注为输”，输穴的脉气十分强盛，故刮之可增强补益脏腑、息风止痉之效。三阴交穴为足少阴、足太阴、足厥阴经的交会穴，可滋补肝、脾、肾。内庭为荥穴，“荥主身热”，故可通腑泄热；丰隆穴为足阳明胃经络穴，可化痰祛湿；血海穴可化瘀通络，三穴共用，可改善 PD 患者的运动迟缓症状。

PD 患者的运动症状包括步行功能异常、平衡能力下降、动作迟缓等，其日常生活能力和社会活动参与能力因此而大大降低。本研究采用刮痧法联合西药治疗 PD，以刮拭头颈部、背部督脉和膀胱经为主。治疗 3 个月和随访 1 个月，两组患者 MDS-UPDRS Ⅲ评分均显著降低，且观察组评分低于对照组。与治疗 3 个月相比，治疗 4 个月时对照组的 MDS-UPDRS Ⅲ评分降低，观察组评分未见显著变化。可见刮痧联合西药治疗可以改善 PD 患者的运动功能障碍，且比单纯西药治疗效果好，说明刮痧具有增效作用，但远期疗效需进一步观察。

PD 患者的非运动症状较多，涉及认知、精神、睡眠、感觉等多方面，可出现在疾病发展的各个阶段，严重影响患者日常生活和身心健康。本研究中，32 例患者入组时伴有睡眠障碍、便秘、抑郁、疲劳等非运动症状者共 24 例，占患者总例数的 75%，其中观察组 11 例，对照组 13 例。治疗 3 个月，观察组和对照组患者的非运动症状均显著减轻，且刮痧联合西药治疗效果更优。与治疗 3 个月相比，随访 1 个月时，观察组 NMSS 评分上升，但仍然显著低于对照组，对照组 NMSS 评分无显著变化，提示单纯西药治疗 PD 患者非运动症状的效果一般，刮痧联合西药治疗的远期疗效有待进一步观察。我们据此分析，可能由于干预时间较短，观察组患者的自我调节能力尚弱，也可能是刮痧作为一种中医非药物疗法，其疗效本身受时间因素影响，犹如药物具有半衰期一样，那么，如何保证刮痧持续的“外治内效”作用，有待后期大样本研究、多中心合作，进一步探讨刮痧的量效关系和远期疗效。

神经炎症反应是 PD 发病过程中的重要环节，抑制神经炎症反应成为临床治疗的重要切入点。中医学认为，刮痧法具有通经行血、开泻腠理、祛散邪毒的作用。研究[26]发现，刮痧显著降低腰椎间盘突出症患者的血清 IL-1β、IL-6 及 TNF-α 水平，认为刮痧出痧的过程是由血管扩张，演变至毛细血管破裂，血流外溢，进而皮肤局部形成瘀斑、瘀点的现象，血凝块（出痧）一方面可自行溃散溶解，自体溶血，另一方面可作为一种新的抗原，加强局部新陈代谢，抑制炎性反应，而具有抗炎作用。Yuen J[27]等认为，与其他干预措施相比，刮痧的抗炎作用更持久。本研究中，治疗 3 个月时观察组患者的血清 IL-1β 和 NF-κB 含量均显著降低，且均低于对照组。可见，刮痧联合西药治疗 PD 患者，在抑制炎症方面，效果优于单纯西药治疗，据此我们分析，抑制炎症反应可能是刮痧治疗 PD 的作用机制之一。鉴于本研究中采集的是外周血液，那么，刮痧是否能够切实抑制 PD 的神经炎症反应，这有待于实验验证。

综上，本研究通过刮痧联合西药治疗早、中期原发性 PD，治疗 3 个月时，观察组总有效率即达 87.50%，而对照组随访 1 个月（即治疗 4 个月）时才达到 87.5%；治疗 3 个月和随访 1 个月，观察组显效和临床控制病例数均高于对照组。由此可见，在口服西药的基础上，刮痧治疗具有提高临床疗效的作用，这为后期大样本、多中心研究提供了依据。研究过程中，两组患者均未见药物不良反应；刮痧操作规范、认真、细致，与患者充分交流，密切关注其感受，通过微信群加强联系，及时了解刮痧效果；研究中未出现晕刮，或生命体征异常，或摔倒、坠床等不良事件。本研究样本量偏小，且由于 PD 治疗本身的限制，未能做到盲法和随机对照，因此，单纯刮痧治疗 PD 的疗效以及刮痧治疗 PD 的量效关系有待进一步探索。

参考文献

[1] Delamarre A, Meissner WG. Epidemiology, environmental risk factors and genetics of Parkinson's disease[J]. Presse Med.2017,46(2):175-181. DOI: 10.1016/j.lpm.2017.01.001

[2] Lampropoulos IC, Malli F, Sinani O, et al. Worldwide trends in mortality related to Parkinson’s disease in the period of 1994–2019: Analysis of vital registration data from the WHO Mortality Database[J]. Front. Neurol.2022,13:956440. DOI: 10.3389/fneur.2022.956440

[3] Langston JW. The Parkinson’s complex: Parkinsonism is just the tip of the iceberg[J]. Ann Neurol. 2006,59(4):591–596. DOI: 10.1002/ana.20834

[4] Nakano T, Kajiyama Y, Revankar GS, et al. Neural networks associated with quality of life in patients with Parkinson’s disease[J]. Parkinsonism Relat D. 2021,89:6-12. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2021.06.007

[5] Connolly B S, Lang A E. Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review[J]. Jama-Jam Med Assoc,2014,311(16):1670-1683. DOI: 10.1001/jama.2014.3654

[6] Bove F, Genovese D, Moro E. Developments in the mechanistic understanding and clinical application of deep brain stimulation for Parkinson's disease[J]. Expert Rev Neurother.2022,22(9):789-803. DOI: 10.1080/14737175.2022.2136030

[7] Zhou X, Zhao P, Guo X, et al. Effectiveness of aerobic and resistance training on the motor symptoms in Parkinson's disease: Systematic review and network meta-analysis[J]. Front Aging Neurosci. 2022,14:935176. DOI: 10.3389/fnagi.2022.935176

[8] Hu Y, Gu S, Yuan X, et al. Traditional Chinese medicine syndrome differentiation and treatment by stages of Parkinson's disease: study protocol for a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial[J]. Chin Med.2022,17(1):68. DOI: 10.1186/s13020-022-00625-4

[9] 杨敏,岳容兆,张沁,等.基于文献计量学探析单一刮痧疗法的临床病症谱[J].护理研究,2019,33(8):1320-1324. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2019.08.009

Yang M, Yue RZ, Zhang Q, et al. Analysis of clinical symptom spectrum of single scraping therapy based on bibliometrics[J]. Nursing Research, 2019,33(8):1320-1324. DOI: 10.12102/j.issn.1009-6493.2019.08.009

[10] Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, et al. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson’s disease: a clinico-pathological study of 100 cases[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1992,55(3):181-184. DOI: 10.1136/jnnp.55.3.181

[11] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组,中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业委员会.中国帕金森病的诊断标准（2016 版）[J].中华神经科杂志,2016,49(4):268-271. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2016.04.002

Professional Committee on Parkinson's Disease and Movement Disorders, Neurological Branch of Chinese Medical Doctor Association, Parkinson's Disease and Motor Disorders Group, Neurological Branch, Chinese

Medical Association. Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease in China (2016 Edition) [J]. Chinese Journal of Neurology, 2016,49(4):268-271. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2016.04.002
[12] Goetz CG, Poewe W, Rascol O, et al. Movement disorder society task force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations[J]. Mov Disord,2004,19(9):1020-1028. DOI: 10.1002/mds.20213
[13] 中华全国中医学会老年医学会.中医老年颤证诊断和疗效评定标准[J].北京中医学院学报,1992,15(4):39-41.
National Society of Traditional Chinese Medicine Gerontology Association. Criteria for diagnosis and efficacy evaluation of senile tremor syndrome in traditional Chinese medicine [J]. Journal of Beijing College of Traditional Chinese Medicine, 1992,15(4):39-41.
[14] 曲艳,李晓红,孙亚南,等.汉化版 MDS-UPDRS 与传统 UPDRS 评测帕金森病的比较分析[J].中国康复理论与实践,2019,25(8):936-939. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2019.08.010
Qu Y, Li XH, Sun YN, et al. A comparative analysis of the evaluation of Parkinson's disease between the Chinese version of MDS-UPDRS and traditional UPDRS [J]. China's rehabilitation theory and practice,2019,25(8):936-939. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2019.08.010
[15] Martinez-Martin P, Rodriguez-Blazquez C, Abe K, et al. International study on the psychom-etric attributes of the non-motor symptoms scale in Parkinson disease[J]. Neurology,2009, 73(19):1584-1591. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181c0d416
[16] 郑筱萸主编.中药新药临床研究指导原则（试行）[M].北京：中国医药科技出版社,2002.
Zheng XY. Guiding Principles for Clinical Research of New Chinese Medicines (Trial) [M]. Beijing: China Pharmaceutical Science and Technology Press. 2002.
[17] 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会.经穴名称与定位:GB/T 12346-2021 [S].北京:中国标准出版社,2021:11-36.
State Administration of Market Supervision and Administration, National Standardization Administration. Name and location of acupoints: GB/T 12346-2021 [S]. Beijing: China Standard Press,2021:11-36.
[18] 周素英.足反射法结合刮痧治疗帕金森氏病一例[J].双足与保健,2001(3):33.
Zhou SY. A case of Parkinson's disease treated by foot reflexology combined with scraping [J]. Foot and health care,2001(3):33.
[19] 苏巧珍,孙玉芝,连新福,等.施氏砭术综合疗法治疗 29 例帕金森病[J].广东医学,2012,33(12):1834-1835. DOI: 10.13820/j.cnki.gdyx.2012.12.059
Su QZ, Sun YZ, Lian XF, et al. Shi's Bian-stone Therapy for 29 Cases of Parkinson's Disease [J]. Guangdong Medicine,
[20] Li Z, Hu YY, Zheng CY, et al. Rules of Meridians and Acupoints Selection in Treatment of Parkinson's Disease Based on Data Mining Techniques[J]. CHIN J INTEGR MED,2020,26(8):624-628. DOI: 10.1007/s11655-017-2428-6.
[21] Wang F, Sun L, Zhang XZ, et al. Effect and Potential Mechanism of Electroacupuncture Add-On Treatment in Patients with Parkinson's Disease[J]. EVID-BASED COMPL ALT. 2015:692795. DOI: 10.1155/2015/692795
[22] 张欣,王谦鑫宏,赵慧杰,等.基于皮肤免疫理论的“足太阳膀胱经主一身之表”的实验研究[J].时珍国医国药,2015,27(1):232-234. DOI: 10.3969 /j.issn.1008-0805.2016.01.093
Zhang X, Wang QXH, Zhao HJ, et al. Experimental study on the "Foot Sun Bladder through the main body Table" based on skin immunity theory [J]. Shi Zhen Chinese medicine, 2015,27(1):232-234. DOI: 10.3969 /j.issn.1008-0805.2016.01.093
[23]Guo Y, Cao DY, Zhang ZJ, et al. Electrical signal propagated across acupoints along Foot Taiyang Bladder Meridian in rats[J]. CHIN J INTEGR MED, 2016,22(7):537-44. DOI: 10.1007/s11655-015-2300-5

[24] 赵京生.脏腑背俞穴与十二经脉关系再识[J].中国针灸,2015,35(8):795-798. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2015.08.012

Zhao JS. Re understanding the relationship between Zangfu Beishu point and twelve meridians[J]. Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion, 2015,35(8):795-798. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2015.08.012

[25]Xiao N, Li Y, Shao ML, et al. Jiaji (EX-B2)-Based Electroacupuncture Preconditioning Attenuates Early Ischaemia Reperfusion Injury in the Rat Myocardium[J]. EVID-BASED COMPL ALT, 2020:8854033. DOI: 10.1155/2020/8854033

[26] Jiang R, Xu G, Chen H, et al. Effect of scraping therapy on Interleukin-1 in serum of rats with lumbar disc herniation[J]. J Tradit Chin Med, 2013,33(1):109-113. DOI: 10.1016/s0254-6272(13)60110-7

[27]Yuen J W M , Tsang W W N , Tse S H M , et al. The effects of Gua sha on symptoms and inflammatory biomarkers associated with chronic low back pain: A randomized active-controlled crossover pilot study in elderly[J]. Complementary Therapies in Medicine, 2017, 32:25-32. DOI: 10.1016/j.ctim.2017.03.010